|  |
| --- |
| 第二号様式（第三条）　　　　　　　　（ｃ）  指定医診断項目変更申請書  年　　月　　日  千葉県知事　　　　　　　　様  住　所    　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断する障害の項目を変更したいので、身体障害者福祉法施行細則第3条の規定により、次のとおり申請します。  １　診療に従事する医療機関の名称及び所在地  医療機関の名称    所在地　　〒  ２　この申請に係る医療機関内の担当部署、担当者名及び電話番号  担当部署  担当者名  電話番号    ３　現在指定済みの診断する障害の種類　別紙のとおり  ４　変更後に診断しようとする障害の種類　別紙のとおり  ５　変更理由  添付書類  １　医師詳細経歴書（診断項目変更）（別紙）  ２　医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載があるものは、裏面も添付のこと。） |

（ｄ）

**別紙**医師詳細経歴書（診断項目変更）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  医師の氏名等 | | |  | | | | 男女 | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | 歳 |
|  | | | |
| 学歴事項 | | | 卒業及び修了年月 | | | 大学名及び大学院名 | | | | | 学部及び課程 | | |
| 年　　月 | | |  | | | | |  | | |
| 年　　月 | | |  | | | | |  | | |
| 年　　月 | | |  | | | | |  | | |
| 医療機関の  名称等 | | | ふりかな  名　称  【所在市町村名】 | | | 【　　　　　】 | | | | | | | |
| 申請者が担当する診療科目 | | | | | |  | | | | | | | |
| 現在指定済みの診断する　障害の種類 | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 変更後に  診断しようと  する障害の種類 | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 最初の  医師免許 | | | 年　　月　　日　第　　　　号  （書換えの理由　　　　　　年　月　日） | | | | | | 障害区分に係る  臨床経験年数 | | | 年 | |
| 経歴・職歴 | 自 | | 至 | | 大学名、大学院名及び病院名等 | | | | 担当する科目 | | | 職名 | |
| 年 | 月 | 年 | 月 |
|  |  |  |  | 卒業 | | | |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | |  | |
| 賞　罰 | | 有（　　　　　　　　　　　）　・　　無 | | | | | | | | | | | |

上記のとおり相違ありません。

　　　　年　　　月　　　日　　　医師名